

MALADIES ÉRUPTIVES DE L'ENFANT

Dr Éric Jeziorski, Dr Michel Maestracci, Dr Didier Bessis
CHRU Montpellier, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier, France
e-jeziorski@chu-montpellier.fr

images

OBJECTIFS

DIAGNOSTIQUER et **DISTINGUER**
une rougeole, une rubéole, un mégalérythème
épidémique, un exanthème subit,
une mononucléose infectieuse, une scarlatine.

ARGUMENTER l'attitude thérapeutique
et **PLANIFIER** le suivi du patient.

Introduction

Les maladies éruptives sont une cause fréquente de consultation en pédiatrie.

Les éruptions fébriles de l'enfant ont des causes variables, et leur présentation clinique est souvent incomplète ou atypique. Elles nécessitent une analyse anamnestique et sémiologique, méthodique et fine, afin de poser un diagnostic qui est le plus souvent clinique.

L'interrogatoire prend une place importante. Dans une hypothèse infectieuse, il doit tenir compte de l'épidémiologie de ces pathologies (âge de l'enfant, saison, épidémies en cours), de la notion de contagion, des prodromes, de voyages à l'étranger et du statut vaccinal. Dans une hypothèse « allergique », l'interrogatoire doit être policier et rechercher un agent causal (aliment, médicament), un antécédent personnel ou familial.

L'analyse sémiologique des lésions élémentaires précise l'évolution et la topographie des lésions.

À l'issue, on distingue les exanthèmes vésiculeux et maculopapuleux. Ces derniers sont classés en 3 groupes :

- éruptions scarlatiniformes : érythème rouge vif, en larges plaques sans intervalle de peau saine. La peau apparaissant souvent en granité et/ou à type de « coup de soleil ». Les zones palmo-plantaires peuvent être touchées (**fig. 1**) ;
- éruptions morbilliformes : érythème rouge étendu composé de macules de petite taille (≤ 1 cm de diamètre) avec intervalles de peau saine mais pouvant confluer. Les zones palmoplantaires sont classiquement épargnées (**fig. 2**) ;
- éruptions roséoliformes : érythème composé de fines macules roses, mal délimitées, avec de larges intervalles de peau saine (**fig. 3**).



FIGURE 1 Éruption scarlatiniforme chez l'adolescent.



FIGURE 2 Éruption morbilliforme.

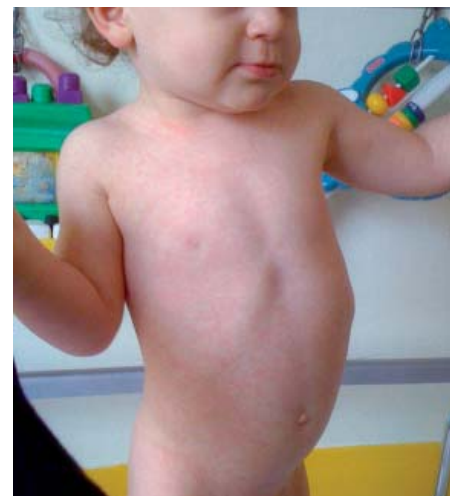


FIGURE 3 Éruption roséoliforme.

Chaque groupe d'éruption peut être intégré à différentes causes, citées dans le **tableau 1**.

Les signes cliniques associés sont essentiels à l'orientation étiologique, par exemple :

- une altération de l'état général de l'enfant est classique au cours de la rougeole ou de la maladie de Kawasaki et absente au cours de la roséole infantile ;
- les caractéristiques de la fièvre sont à prendre en compte, elle est peu intense pour la rubéole, elle dure entre 48 et 72 heures pour la roséole infantile, et plus de 6 jours et est classiquement en plateau pour la maladie de Kawasaki.

Éruptions d'origine virale

Varicelle

1. Épidémiologie

Elle est liée à la primo-infection par le virus de la varicelle et du zona (VZV) qui appartient à la famille des *Herpesviridae*. C'est une pathologie très fréquente et très contagieuse, 90 % de la population étant séroconvertie avant 15 ans. Elle est présente toute l'année avec un pic printanier. La transmission est le plus souvent aérienne, mais parfois par contact direct avec les lésions cutanées. L'incubation est de 14 jours en moyenne, et les sujets sont contagieux 3 jours avant le début de l'éruption et jusqu'à la disparition des lésions vésiculeuses.

2. Présentation clinique

Les prodromes sont la fièvre et une rhinopharyngite peu intense. Un exanthème érythémato-maculeux prurigineux intéressant le cuir chevelu, le tronc peut précéder l'apparition des vésicules. Celles-ci sont ombiliquées, initialement claires « en gouttes de rosée », puis

se troublent et se rompent, formant une érosion croûteuse. Les lésions sont fortement prurigineuses. Les vésicules siègent au cuir chevelu, au niveau de la face, du thorax, et l'évolution est descendante. Le nombre de vésicules est très variable, allant de quelques éléments à plusieurs milliers au cours des varicelles florides. Ces éruptions surviennent en poussées successives. Elles peuvent être associées à un énanthème buccal érosif non spécifique.

Les signes associés sont multiples, la fièvre est classique et peut être décalée dans le temps. L'état général dépend de l'étendue des lésions cutanées : en général conservé, il peut être altéré lors des varicelles florides.

Les complications sont rares mais multiples :

- varicelles florides, avec atteinte cutanéomuqueuse diffuse et altération sévère de l'état général ;
- pneumopathies virales, surtout chez l'adulte ;
- atteintes neurologiques : ataxie cérébelleuse varicelleuse, transitoire et bénigne ; méningites et méningo-encéphalites virales ;
- atteinte hématologique : tableaux sévères de coagulation intravasculaire disséminée liés à des déficits acquis en protéine S, purpura thrombopénique immunologique ;
- surinfections bactériennes : des tissus cutanés, sous-cutanés et ostéo-articulaires, les germes les plus souvent incriminés sont le *Staphylococcus aureus* et le streptocoque de groupe A. Il peut aussi s'agir d'infections des voies aériennes supérieures (otites moyennes aiguës, pneumopathies).

Les varicelles graves surviennent le plus souvent chez l'adulte et les sujets immunodéprimés. La varicelle peut entraîner des embryopathies. Elle est responsable d'infections materno-fœtales sévères si la mère contracte la maladie entre les 5 jours précédant et les 2 suivant l'accouchement.

TABLEAU 1

Les groupes d'éruptions et leurs causes possibles

Causes	Erythèmes scarlatiniformes	Érythèmes morbilliformes	Erythèmes roséoliformes
Infectieuse	Bactérienne ou parasitaire		
	Scarlatine, choc toxinique, fièvre typhoïde	Rickettsioses, mycoplasme, leptospirose, toxoplasmose	Roséole syphilitique (adultes)
	Virale		
	Virus d'Epstein-Barr	Rougeole, parvovirus, rubéole, HHV-6, entérovirus, adénovirus, virus d'Epstein-Barr, cytomégalovirus, hépatites virales, VIH	HHV-6, entérovirus
Inflammatoire	Syndrome de Kawasaki	Syndrome de Kawasaki, lupus	
Toxidermie	Bêtalactamines, sulfamides, AINS, anticomitiaux	Bêtalactamines	

Abréviations : HHV-6 : virus herpétique humain 6, VIH : virus de l'immunodéficience humaine, AINS : anti-inflammatoire non stéroïdiens.



POINTS FORTS À RETENIR

- 🔴 Les fièvres éruptives sont une cause très fréquente de consultation.
- 🔴 L'épidémiologie a fortement été influencée par la vaccination.
- 🔴 Le plus souvent, ces éruptions sont le fait de virus bénignes et n'exigent pas d'examens complémentaires.
- 🔴 Ceux-ci ne sont indiqués qu'en cas de facteurs de gravité, de pathologie à déclaration obligatoire, ou si la pathologie peu représenter un danger pour une tierce personne (immunodéprimés, femmes enceintes).
- 🔴 Une éruption peut dans certaines situations révéler une pathologie sévère qu'il faut savoir diagnostiquer comme la maladie de Kawasaki ou les syndromes de chocs toxiques, etc.
- 🔴 La rougeole, la rubéole, le parvovirus et la varicelle peuvent entraîner des fœtopathies.

3. Diagnostic

Il est avant tout clinique, le diagnostic biologique n'étant utile qu'en cas de doute diagnostique. Il repose sur la recherche d'anticorps anti-VZV de type IgM et IgG dans le sang, et la recherche directe du virus au niveau des lésions par culture, immunofluorescence ou PCR. La PCR peut être réalisée dans tout fluide biologique, notamment dans le liquide céphalo-rachidien.

4. Traitement et prévention

Le traitement est symptomatique, il repose sur les antiseptiques cutanés non alcoolisés. Le talc est contre-indiqué en raison du risque de surinfection cutanée, un traitement antihistaminique en cas de prurit et un traitement antalgique par paracétamol sont utiles. L'aspirine et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens sont formellement contre-indiqués, le premier en raison du risque de syndrome de Reye et les seconds du fait du risque de surinfection.

Le traitement antiviral de référence est l'aciclovir et n'est indiqué que pour les formes sévères ; il doit alors être administré par voie systémique.

L'éviction n'est pas obligatoire, néanmoins l'état clinique nécessite un repos les premiers jours. Il existe un vaccin vivant, recommandé pour les sujets non immuns entre 12 et 18 ans, les femmes en âge de procréer, les professionnels de santé ou en contact avec la petite enfance, les adultes de plus de 18 ans en post-exposition. Ce vaccin est contre-indiqué chez les immunodéprimés, les enfants de moins de 1 an et les femmes enceintes. Pour ces patients, l'injection d'immunoglobulines spécifiques en cas d'exposition pourra être proposée.

Infection à herpès simplex virus de type 1 et 2

1. Épidémiologie

Elles sont dues aux herpès simplex virus de type 1 (HSV-1) et de type 2 (HSV-2). Ils appartiennent à la famille des *Herpesviridae*. L'infection à HSV-1 est très fréquente, puisque plus de 90 % des adultes sont séroconvertis, l'infection à HSV-2 est plus rare, 15 à 20 % des adultes étant séroconvertis. HSV-1 et HSV-2 sont responsables d'infections cutanéomuqueuses se traduisant par des vésicules cutanées et des érosions muqueuses, l'HSV-1 intéressant plus particulièrement les zones cutanées et orales et l'HSV-2 la sphère génitale. Ces virus peuvent rester quiescents et entraîner des récurrences ultérieures.

2. Clinique

La primo-infection chez l'enfant est le plus souvent asymptomatique. Parfois, elle se traduit par une gingivo-stomatite herpétique, caractérisée par un énanthème buccal. Ces affections sont traitées dans une question spécifique. Néanmoins, certaines formes d'infections herpétiques peuvent se présenter sous une forme essentiellement éruptive :

- chez les patients immunodéprimés, l'éruption peut se généraliser et se compliquer d'atteintes d'organes, comme des méningo-encéphalites ou des hépatites ;
- chez les sujets atteints d'eczéma, une surinfection à herpès virus rend compte du syndrome de Kaposi-Juliusberg (ou eczéma herpeticum), l'état général est altéré et la fièvre élevée, le traitement repose sur le traitement antiviral par aciclovir par voie systémique et le plus souvent par un traitement antibiotique à visée antistreptococcique et antistaphylococcique ;
- chez le nouveau-né dans un contexte d'infection materno-fœtale, des tableaux d'infections multisystémiques avec atteinte cutanée diffuse, neuroméningée, hépatique, coagulation intravasculaire disséminée, nécessitant une prise en charge réanimatoire et un traitement antiviral systémique par aciclovir.

3. Diagnostic

Le diagnostic est purement clinique. En cas de doute diagnostique, la recherche du virus au niveau cutané est réalisable par immunofluorescence, PCR ou culture. Dans les formes systémiques, la sérologie et la PCR sanguines peuvent être utiles.

Rougeole (tableau 2)

L'agent causal est le virus de la rougeole (virus morbillieux appartenant à la famille des *Paramyxoviridae*).

1. Épidémiologie

Maladie strictement humaine, il s'agit d'une des pathologies les plus contagieuses. Les récentes épidémies survenues entre 2008 et 2010 rappellent l'importance de la couverture vaccinale. Celle-ci doit être supérieure à 95 % pour empêcher la circulation du virus. Elle repose sur deux injections vaccinales à 12 et 16-18 mois, un rattrapage de la deuxième injection étant nécessaire chez les sujets nés après 1980.

2. Présentation clinique

L'incubation dure en moyenne quatorze jours, la phase d'invasion est d'une durée de sept jours et caractérisée par un catarrhe oculo-nasal (coryza) et une conjonctivite. L'enfant est grognon et asthénique. L'éruption débute par un énanthème, notamment le signe de Koplik : piqueté blanc en regard des molaires (**fig. 4**). L'exanthème est de type morbilliforme (**fig. 5**), débute derrière les oreilles et suit une évolution descendante en une poussée.

Les signes associés sont multiples, les plus souvent des convulsions hyperthermiques, une laryngite, une bronchite.

Les principales complications de la rougeole sont :

- neurologiques : encéphalites (1/1 000 cas) et panencéphalites subaiguës (1/100 000 cas) ;
- pulmonaires : pneumopathies sévères chez le jeune adulte et les patients immunodéprimés ;
- infectieuses : otites moyennes aiguës, pneumopathies bactériennes.

Dans les pays en voie de développement, la rougeole peut entraîner des complications oculaires graves allant jusqu'à la cécité.

3. Examens complémentaires

Le diagnostic biologique repose sur le dosage des anticorps anti-rougeole (IgM et IgG), il peut se faire sur un prélèvement sanguin et/ou salivaire et doit tenir compte du statut vaccinal. Un test



FIGURE 4 Signe de Koplik.

diagnostique par biologie moléculaire est disponible (recherche d'ARN viral par PCR) sur un prélèvement salivaire ou nasopharyngé, mais peut être réalisé sur tout liquide biologique.

4. Traitement

Il n'existe pas de traitement curatif spécifique hormis les traitements symptomatiques et celui des surinfections. Un traitement

TABLÉAU 2

Caractéristiques des principales maladies éruptives de l'enfant

	Rougeole	Rubéole	Mégalérythème épidémique	Exanthème subit	Varicelle
Virus	Morbillivirus	Rubivirus	Parvovirus	HHV6, parfois HHV7	Virus varicelle-zona
Incubation	10-15 jours	14-21 jours	5-14 jours	5-15 jours	14 jours
Lésions élémentaires	Morbilliforme	Morbilliforme rose pâle	Aspect de visage souffleté, puis morbilliforme en mailles/guirlandes	Morbilliforme, fines maculo-papules rose pâle	Vésicules claires sur base inflammatoire
Topographie	Visage, derrière les oreilles, puis tronc et membres	Visage, puis tronc et membres	Visage, puis membres	Partie supérieure du thorax, visage respecté	Cuir chevelu, puis généralisation
Énanthème	Signe de Koplik : piqueté blanc ou bleuté jugal	Rare (macules, pétéchies)	Lésions aphtoïdes possibles	Petites papules érythémateuses du palais	Lésions érosives buccales, lésions génitales possibles
Autres signes	Catarrhe oculo-nasal, bronchite	Adénopathies cervicales postérieures	Anémie chez des patients atteints de pathologie du globule rouge, arthralgies	Adénopathies cervicales	Adénopathies
Durée	8-10 jours	6-10 jours	6-10 jours	2-3 jours	5-15 jours
Âge	8 mois-5 ans et adultes	2-10 ans et adultes	2-10 ans	6-24 mois	Avant 18 ans

Abréviations : HHV6 : virus herpétique humain 6 ; HHV7 : virus herpétique humain 7.

préventif peut être administré aux sujets à risque : par vaccination dans les 72 heures qui suivent le contact ou par injection d'immunoglobulines polyvalentes chez les sujets chez qui le vaccin est contre-indiqué (immunodéprimés, nourrissons de moins de 6 mois si la mère est atteinte ou non immunisée, et tous les nourrissons entre 6 et 11 mois non vaccinés). Chez les malades, une éviction scolaire est nécessaire jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.

Rubéole (tableau 2)

L'agent responsable est le rubivirus ou virus de la rubéole, de la famille des *Togaviridae*.

1. Épidémiologie

L'épidémiologie des rubéoles est connue par la gravité des infections materno-fœtales, responsables de rubéoles congénitales et de fœtopathies sévères. En France, il y a environ 30 femmes enceintes par an présentant une primo-infection et 5 ou 6 rubéoles congénitales.

2. Présentation clinique

L'incubation est de 16 jours avant l'éruption.

L'éruption est morbilliforme, à évolution descendante en 24 heures. Les signes associés sont importants à préciser : adénopathies nucales et occipitales postérieures, arthralgies inconstantes.

Il s'agit d'une affection peu fébrile ($< 38,5^{\circ}\text{C}$), sans altération de l'état général.

3. Examens complémentaires

Le diagnostic repose sur le dosage d'anticorps anti-rubéole (IgG et IgM).

La gravité des fœtopathies justifie un dépistage systématique chez les femmes non vaccinées en âge de procréer et en cours de grossesse.

Mégalérythème épidémique (5^e maladie) (tableau 2)

L'agent causal est le parvovirus B19, qui appartient à la famille de *Parvoviridae*.

1. Épidémiologie

Le mégalérythème épidémique touche essentiellement les enfants de 5 à 10 ans.

2. Présentation clinique

L'incubation est de 5 à 14 jours. L'éruption débute au visage par un érythème des joues souffleté (fig. 6) suivi par une éruption morbilliforme, en guirlande ou en mailles (fig. 7), touchant avec prédilection la racine des membres.

L'état général est conservé, la fièvre est modérée ou absente.

Les signes associés peuvent être articulaires (arthralgies) ou hématologiques. Au point de vue hématologique, il entraîne une érythroblastopénie qui peut se compliquer d'une anémie sévère, notamment chez les patients immunodéprimés, porteurs d'une pathologie du globule rouge, ou le fœtus.

Le mégalérythème est responsable de fœtopathies sévères (anasarque) nécessitant un dépistage chez les femmes enceintes en cas de contact et d'une surveillance rapprochée des grossesses en cas de primo-infection avérée.



FIGURE 5 Éruption au cours de la rougeole.



FIGURE 6 Érythème des joues au cours du mégalérythème épidémique.



FIGURE 7 Éruption morbilliforme en guirlande, mégalérythème épidémique.

3. Examens complémentaires

Le diagnostic repose sur la recherche d'anticorps-antiparvovirus dans le sérum (IgM et IgG). Il peut être complété par une recherche d'ADN viral par PCR dans le sang.

4. Traitement

Il n'y a pas de traitement curatif ou préventif spécifique. On peut proposer chez les immunodéprimés des immunoglobulines polyvalentes.

Exanthème subit (6^e maladie) (tableau 2)

Il s'agit d'une pathologie liée au virus humain herpétique 6 (HHV6) qui appartient à la famille des *Herpesviridae*, l'HHV7 a également été incriminé de manière plus rare.

1. Épidémiologie

Il s'agit d'une pathologie infantile très fréquente survenant le plus souvent entre 6 mois et 3 ans.

2. Présentation clinique

Si la roséole infantile est le plus souvent pauci- ou asymptomatique, elle reste néanmoins la première cause de convulsions fébriles du nourrisson.

Son incubation est de 5 à 15 jours. Après 48 à 72 heures de fièvre élevée, en plateau, nue mais bien tolérée, se développe une éruption morbilliforme prédominant sur la partie haute du tronc et au niveau du visage. Cette éruption est fugace et concomitante de la défervescence thermique (fig. 3).

Les signes associés sont rares, se limitent le plus souvent à des adénopathies sous-angulo-maxillaires.

3. Examens complémentaires

En dehors d'un contexte d'immunosuppression sévère, la confirmation biologique est inutile (sérologie et PCR).

Mononucléose infectieuse

Elle est principalement due au virus d'Epstein-Barr (EBV) qui appartient à la famille des *Herpesviridae*.

1. Épidémiologie

La mononucléose infectieuse à EBV survient le plus souvent au cours de l'enfance entre 5 et 10 ans mais également chez les adolescents et les jeunes adultes (maladie du baiser).

2. Présentation clinique

L'éruption est inconstante, parfois morbilliforme, scarlatiniforme ou pseudo-urticarienne. Sa survenue au décours d'une prise d'ampicilline ou d'aminopénicilline est évocatrice du diagnostic. Un œdème des paupières est souvent associé. La fièvre est variable, parfois absente ou prolongée. Les signes associés peuvent être une asthénie importante, une amygdalite pseudomembraneuse parfois obstructive, un purpura pétéchial du voile du palais, des adénopathies, souvent volumineuses et de siège ubiquitaire, une splénomégalie et une hépatomégalie.

3. Examens complémentaires

Le diagnostic clinique peut être conforté par la présence d'un syndrome mononucléosique biologique et d'une cytolysé hépatique modérée (entre 2 et 5 fois la normale).



FIGURE 8 Éruption plantaire au cours du syndrome mains-pieds-bouche.

La confirmation du diagnostic est sérologique : la présence d'IgM anti-VCA est en faveur d'une primo-infection récente. Le MNI-test n'est pas indiqué chez l'enfant car non fiable. La recherche par PCR quantitative peut compléter la sérologie.

4. Traitement

Le traitement est avant tout symptomatique.

Autres viroses

1. Entérovirus

La famille des Entérovirus comprend de nombreux virus pathogènes chez l'homme (virus Coxsackie, échovirus, entérovirus) ; parmi ceux-ci, plusieurs sont associés à des éruptions fébriles, mais seul le syndrome mains-pieds-bouche est clairement individualisé.

Principalement lié au virus Coxsackie, le syndrome main-pied-bouche se caractérise par une éruption associant des vésicules ovalaires grisâtres cernées d'un halo érythémateux situées au niveau palmo-plantaire (fig. 8 et 9). L'atteinte muqueuse est possible, à type d'aptes buccaux. L'état général est conservé et la fièvre peu intense. Les tableaux sont volontiers incomplets mais surviennent par petites épidémies.

2. Adénovirus

Chez les jeunes nourrissons et les enfants, les adénovirus sont responsables des syndromes adéno-pharyngo-conjonctivaux. Les éruptions associées sont inconstantes, morbilliformes ou rubéoliformes plus ou moins typiques, et fugaces.

Éruptions apparentées aux éruptions virales

1. Exanthème latéro-thoracique unilatéral

Cet exanthème dont l'origine virale est discutée survient pendant l'enfance. L'éruption est constituée de papules érythémateuses groupées en placards mal limités, d'aspect eczématisé.



FIGURE 9 Éruption palmaire au cours du syndrome main-pied-bouche.

forme. Elle siège initialement de manière unilatérale et en zone périflexurale, typiquement sur la paroi thoracique ou à la racine des membres. L'éruption est souvent associée à de la fièvre et à des signes digestifs et respiratoires.

2. Syndrome de Gianotti-Crosti ou acrodermite papuleuse infantile

Le syndrome de Gianotti-Crosti est rencontré chez l'enfant généralement âgé de 1 à 6 ans. Il est associé au virus d'Epstein-Barr le plus souvent, mais également à de nombreux autres virus : hépatites B et A, cytomégalovirus.

L'exanthème débute brutalement et est parfois précédé de prodromes à type de pharyngite, d'infection des voies aériennes supérieures ou de diarrhée. Il est constitué de papules ou de papulovésicules monomorphes de 1 à 5 mm de diamètre, de couleur rose à brun rouge, parfois discrètement prurigineuses et confluentes. Leur nombre est variable, allant de quelques dizaines à plusieurs centaines, elles sont disposées de manière bilatérale et symétrique sur les faces d'extensions des extrémités, les fesses, les joues. Elles épargnent le tronc, les paumes et la zone médio-faciale. Il n'y a pas d'énanthème, la fièvre et les signes associés sont peu intenses et rares.

La guérison est spontanée en 10 à 60 jours.

3. Pityriasis rosé de Gibert

Il s'agit d'une dermatose banale atteignant les sujets de 5 à 40 ans. L'éruption peut être précédée d'une fébricule, de myalgies, de céphalées, d'arthralgies, de signes digestifs et ORL. L'éruption est composée de lésions élémentaires maculo-papuleuses, ovales, rose saumon, cernées par une collerette desquamative. L'atteinte est symétrique au niveau du tronc, de la racine des membres, elle évolue en plusieurs poussées. Il peut être précédé par une éruption en médaillon unique érythémato-squameuse. Il n'y a pas d'énanthème.

Exanthèmes d'origine bactérienne

Scarlatine

Il s'agit d'une maladie éruptive d'origine bactérienne liée à un streptocoque de groupe A sécrétant de toxine.

1. Épidémiologie

Elle survient le plus souvent avant 5 ans, parfois par petites épidémies.

2. Présentation clinique

L'éruption est dite scarlatiniforme, elle débute au niveau du tronc, avec un aspect granité à jour frisant. L'éruption prédomine au niveau des plis de flexion, elle touche les membres jusqu'aux paumes et plantes. Elle sera suivie par une desquamation en lambeaux après le huitième jour (**fig. 10**). L'atteinte muqueuse se traduit par une chéilite, puis une atteinte de la langue qui prend un aspect « framboisé » puis « décapillé ».

La recherche d'un foyer infectieux primitif doit être systématique : une amygdalite volontiers érythémato-pultacée, des lésions cutanées ou une anite. La fièvre est élevée, d'apparition brutale et mal tolérée, l'enfant est geignard et asthénique.

3. Examens complémentaires

Le diagnostic est clinique, mais, en cas d'angine, le test de diagnostic rapide du streptocoque de groupe A est indispensable.



FIGURE 10 Desquamation en doigts de gant au cours de la scarlatine.

4. Traitement

Le traitement repose sur une antibiothérapie générale par amoxicilline ou macrolides. C'est une indication à l'éviction scolaire, celle-ci peut être levée après 2 jours d'antibiothérapie. La chimio-prophylaxie de l'entourage est discutée au cas par cas.

5. Scarlatine « staphylococcique »

L'éruption de la scarlatine streptococcique est d'origine toxique et non spécifique du streptocoque de groupe A. Ainsi, des scarlatines liées à une infection staphylococcique peuvent s'observer, mais généralement sans angine, sans énanthème et avec un état général conservé.

Syndromes toxiques

Ils sont marqués par un érythème de type scarlatiniforme, parfois associé à une atteinte muqueuse, dans un contexte d'atteinte systémique associée, de gravité variable. Ils résultent de toxines sécrétées à partir d'un foyer infectieux principal. Ils sont liés principalement à des foyers staphylococciques ou streptococciques de groupe A.

Épidermolyse aiguë staphylococcique

C'est une pathologie liée à *Staphylococcus aureus* sécréteur d'une exfoliatine. Celle-ci va diffuser par voie hématogène (sans bactériémie) et entraîner une desquamation superficielle plus ou moins étendue. Ce tableau clinique débute par une éruption scarlatiniforme, associée à une fièvre et à une altération de l'état général plus ou moins importantes. Le foyer infectieux primitif est le plus souvent cutané. Vingt-quatre heures après survient un décollement épidermique superficiel, indolore, respectant les muqueuses. Chez les nouveau-nés, ces épidermolyses peuvent être généralisées et de forme sévère. Le traitement repose sur le traitement du foyer infectieux, et une réhydratation.

Autres causes d'éruption

Maladie de Kawasaki ou syndrome cutanéoadéno-muqueux

Le syndrome de Kawasaki est une vascularite des vaisseaux de moyen calibre.

1. Épidémiologie

Il s'agit d'une affection rare survenant le plus souvent avant 5 ans.

2. Présentation clinique

L'état général de l'enfant est constamment altéré. Le diagnostic repose sur les critères suivants : fièvre entre 38,5 °C et 40 °C, résistante aux antibiotiques, de plus de 5 jours ; conjonctivite ; énanthème (chéilite, langue framboisée) ; rash cutané ; atteinte des extrémités (œdèmes, puis érythème, puis desquamation) ; adénopathies de plus de 1,5 cm.

Le diagnostic est retenu si l'on a l'association :

- d'une fièvre de plus de 5 jours + 4 autres critères ;
- d'un anévrisme coronarien et d'une fièvre de plus de 5 jours + 3 autres critères.

Les complications sont en premier lieu cardiaques, avec un risque de vascularite des artères coronaires pouvant se compliquer d'anévrisme ou de sténose.

3. Examens complémentaires

Il n'y a pas de test biologique spécifique, mais la présence d'un syndrome inflammatoire conséquent (élévation de la CRP et du fibrinogène), d'une thrombocytose est évocatrice du diagnostic.

Le traitement repose sur l'injection d'immunoglobulines polyvalentes à dose élevée (2 g/kg) et d'acide acétylsalicylique. Une injection d'immunoglobulines pendant les 8 premiers jours diminue de plus de 85 % le risque d'atteinte coronarienne, d'où l'intérêt d'un diagnostic le plus précoce possible.

Maladies auto-immunes

De nombreuses pathologies peuvent s'accompagner d'éruption, et seules les deux maladies les plus fréquentes en pratique pédiatrique sont développées.

1. Maladie de Still ou arthrite juvénile idiopathique systémique

Cette pathologie est caractérisée par une atteinte systémique associant fièvre, éruption, adénopathies, hépatosplénomégalie ; les arthrites ou arthralgies venant au second plan.

La présentation classique est une fièvre pendant plus de 6 jours, avec des pics vespéraux, ne répondant pas au paracétamol. L'éruption qui coïncide avec des pics fébriles, fugaces, est constituée de macules rosées qui peuvent être de type urticarien et prurigineuses.

2. Lupus

Les éruptions lupiques ne se limitent pas au classique masque lupique, mais peuvent également se traduire par un rash morbilliforme, des lésions de vascularite d'évolution centrifuge ou de topographie distale, des aphtes ou une alopecie.

3. Éruptions médicamenteuses

Ces causes doivent être évoquées en particulier si l'éruption est de type polymorphe, prurigineuse, associée à une éosinophilie, ou en cas d'introduction médicamenteuse entre 5 et 21 jours auparavant. Elles imposent un avis dermatologique du fait des spécificités de prise en charge.

Conclusion

Les éruptions des enfants sont une cause de consultation très fréquente. La plupart du temps, elles sont d'origine virale et bénignes ; néanmoins, une analyse méthodique des lésions, du contexte, de l'histoire de la maladie et des signes cliniques associés est indispensable afin de pouvoir diagnostiquer les éruptions syndromiques dont certaines nécessitent une prise en charge urgente et intensive. •

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ? voir p. 1151

É. Jeziorski, M. Mastracci et D. Bessis déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.